Lane Medical Library

Fibromyoma uteri.

Beitrag zu den Verlagerungen und Drucksymptomen eingekeilter Fibromyome.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Dienstag, den 20. März 1894

Mittags 12 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Hugo Quaassdorf

cand. med.

aus Düben, Prov. Sachsen.

Opponenten:

Herr Dr. med. Konrad Hager.
Herr Dr. med. Paul Hindenburg.
Herr stud. med. Alfred Lee.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1894.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0390

Seiner teuren Mutter

und

dem Andenken an seinen Vater

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Das Fibromyom gehört zu den Geschwülsten, welche sich aus dem mittleren Keimblatt entwickeln. Es ist eine Bindesubstanzgeschwulst, an deren Aufbau sich neben neugebildeten Muskelfasern stets auch eine grössere oder geringere Menge Bindegewebe beteiligt und dadurch den Grad der Konsistenz der Geschwulst bedingt. Vereinzelt oder multipel kommt das Fibromyom am häufigsten an der Gebärmutter vor und beansprucht hier durch diese Häufigkeit seines Auftretens und durch die grosse Mannigfaltigkeit interessanter Erscheinungen, welche es im Verlauf seiner Entwicklung darbietet, unser besonderes Interesse.

Das Fibromyom macht keine Metastasen. Ein sehr grosser Teil von ihnen — die stationären Myome — verändern sich sowohl auf Grösse und Konsistenz wenig und rufen fast keine Symptome hervor, sodass ihre Anwesenheit oft genug erst als zufälliger Sektionsbefund verzeichnet wird. Die Natur hat ferner einem unaufhaltsamen Wachstum derselben durch Einschalten der verschiedensten Formen der regressiven Metamorphose Halt geboten und die gefahrdrohenden Symptome mit dem Eintritt in die Menopause wesentlich verringert. Das Fibromyom ist daher an und für sich eine gutartige Neubildung.

Sitz, Grösse und andauerndes Wachstum der Geschwulst, wie solches vereint bei den eingekeilten Fibromyomen zutrifft, können jedoch weitgehende,

das Leben erschwerende und bedrohende Symptome hervorrufen, die der Gegenstand meiner Darstellung in den folgenden Zeilen sein soll.

Unter den eingekeilten Fibroiden verstehen wir nach Spiegelberg[1]) die aus dem Uterus in die Beckenhöhle zu solchem Umfange und zu solcher Tiefe vorgewucherten intraparietalen, also nicht gestielten Fibromyome, dass sie das Becken mehr oder weniger vollständig ausfüllen, seinen Inhalt verdrängen und komprimieren, die Passage verlegen; dabei sind sie ganz oder nahezu unbeweglich, weder nach unten noch nach oben in irgend auffälligem Masse zu dislocieren.

Diese Geschwülste können nun interstitielle oder mehr nach aussen in die Bauchhöhle vorragende, subseröse sein; die submukösen Fibromyome kommen bei den Incarcerationserscheinungen nur dann in Betracht, wenn der zugehörige Uterus durch peri- oder parametritische Stränge mit der Beckenwandung verwachsen ist und sich bei der Vergrösserung nicht aus dem Becken erheben kann. Nach der vorgefundenen Litteratur sind es meist breit aufsitzende, subseröse Tumoren, die von der hinteren Wand, dem Prädilektionsort der Uterusmyome, ausgehend sich nach abwärts entwickelt haben und so retrouterin oder gar retrovaginal geworden sind, indem sie den Douglas'schen Raum mit nach abwärts drängten.

Nicht in den Rahmen dieser Arbeit gehören die Erscheinungen, welche die eben erwähnten Fibromyome in der Zeit ihres Entstehens und ersten Wachstums hervorrufen. Die Blutungen, das erste und jedenfalls häufigste Symptom der Myome, das auch späterhin

[1]) Archiv f. Gynaekologie Bd. V. pg. 100.

noch bestehen kann, werden wir daher nur nebenher erwähnen.

Die zu schildernden Symptome beginnen vielmehr erst mit der grösseren Volumenzunahme dieser Geschwülste, wenn sie anfangen zur bergenden Beckenhöhle in ein Missverhältnis zu geraten und sich einzukeilen. Man könnte sie im Gegensatz zu den uterinen Symptomen als Tumorensymptome bezeichnen.

In erster Reihe interessirt nun die Rückwirkung der Geschwülste auf den Uterus. Haben sich die Fibromyome zu einer der Gebärmutter gleichen Grösse entwickelt, so schieben sie dieselbe immer nach der ihrer Ursprungsstelle entgegengesetzten Seite, entweder Ante- oder Retroversion bedingend oder Sinistro- oder Dextroposition herberführend, indem sie von der hinteren oder vorderen Wand entspringen oder seitlich inserieren und intraligamentös sind. Wenn sie nicht nur das kleine Becken ausfüllen, sondern auch in die Bauchhöhle hinaufsteigen, so ziehen sie, falls sie dem Uterus mit breiter Basis aufsitzen, das an sich durch die Neubildung vergrösserte Genitalorgan gleichzeitig mit in die Höhe. Andererseits vermögen sie bei hochgradiger Entwicklung den Uterus mehr und mehr hinab zu drängen, in seltenen Fällen bringen sie sogar einen irreponiblen Prolapsus uteri et vaginae zu Stande.

So fand A. Roehrig[1]) bei 70 subserösen Tumoren, von denen 19 die Grösse eines Manneskopfes teils erreicht, teils überschritten hatten, den Uterus 15 mal aus dem kleinen Becken emporgezogen, so dass die Vaginalportion mit dem Zeigefinger nicht

[1]) Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. V. p. 288.

mehr zu erreichen war, einmal konstatierte er einen irreponiblen Prolapsus uteri et vaginae.

Spiegelberg[1]) sah bei der Sektion einer von ihm wegen eingekeilten Fibromyoms operierten und an allgemeiner Peritonitis gestorbenen Frau den Uterus 29 cm weit in die Bauchhöhle hinaufragen, den Fundus etwas nach links gerichtet; seine grösste Breite zwischen den Tuben betrug 18, der Dickendurchmesser 15 cm.

Ähnliches beobachteten Schröder, Virchow, Winkel und Küster. Bestimmte Fälle finden sich von anderen Autoren weiter unten mit den Drucksymptomen zusammen angeführt.

Klob[2]) hebt sogar hervor, dass die Zerrung am Uterus in der Gegend des Orificium internum eine Verengerung der Höhle und Verdünnung der Wände bis zur Obliteration der ersteren und zu völligem Auseinanderweichen der letzteren führen kann.

Gleiche Verlagerungen wie der Uterus erfahren seine Adnexe, Tuben und Ovarien. Die Blase, welche mit der Scheide durch lockeres Bindegewebe verbunden ist, wird bei der Elongation des ganzen Genitalschlauches auch mit nach oben gezogen, wobei die Urethra gleichfalls eine Verlängerung erfährt, so dass die Katheterisation äusserst schwierig, sogar unmöglich werden kann. So fand Spiegelberg[3]) bei einem die Beckenhöhle ausfüllenden Fibroid die Blase, deren Harnröhre sehr stark nach oben verzogen und zusammengedrückt war, über dem Becken etwas rechts von dem gleichfalls emporgedrängten Uteruskörper. Im allgemeinen sind aber die Harn-

[1]) Archiv f. Gynaekologie. Bd. V. p. 104.
[2]) Lageveränderungen. p. 154.
[3]) Archiv f. Gynaekologie. Bd. V. p. 105.

organe wie auch der Mastdarm mehr dem Drucke als Verlagerungen durch Fibromyome ausgesetzt, da sie nur geringe Beweglichkeit gegen ihre Unterlage zeigen.

Durch Druck wirken die incarcerierten Fibromyome teils an und für sich, teils in Verbindung mit den veranlassten Lageveränderungen nachteilig auf die nächste Umgebung. Zunächst rufen sie eine arterielle Hyperämie und venöse Stauung der Beckengefässe hervor und erhalten dadurch selbst reichliche Nahrung, während sie die Beckenorgane in ihrer Ernährung und Widerstandsfähigkeit in hohem Masse schädigen. Vermöge ihrer periodischen Anschwellung während der Menstruation und vermöge ihrer andauernden Grössenzunahme gestalten sie ferner den Druck zu einem regelmässig wiederkehrenden, permanenten oder stetig wachsenden und rufen hierdurch die schwersten Erscheinungen hervor.

Die Blase wird zwischen der Symphysis ossium pubis und dem Tumor eingekeilt und kann bei behinderter Ausdehnung oder völliger Abklemmung ihrer Höhle secundäre Erscheinungen von seiten des uropoëtischen Systems bedingen. Infolge der dauernden Hyperämie der Beckenorgane kommt es in der Schleimhaut der Blase häufig zu varicösen Ausdehnungen der venösen Gefässe, namentlich am Blasenhalse; so teilt Rokitansky[1]) einen hierher gehörigen Fall von Zerreissung einer submucösen Blasenvene mit Blutungen in die Blasenhöhle mit. Durch Druckusur kann der Tumor sogar die Blasenhöhle eröffnen, wie aus einem von Thompson[2]) berich-

[1]) Citiert bei Klob p. 165.

[2]) Ibidem.

teten Fall hervorgeht, wo ein grösseres eingekeiltes Fibroid in der Blasenwand eine Lücke hervorgerufen hatte, mit deren Rändern schliesslich die halbe Peripherie des Tumors verwachsen war.

Dr. Coyne[1]) in Algier beobachtete eine Frau mit typhösen Symptomen, welche ein die Harnblase und den Mastdarm komprimierendes interstitielles Myom in der hinteren Gebärmutterwand hatte. Patientin litt an Retentio urinae und inkompleter Verstopfung. Bei der Sektion fand man die Blase stark ausgedehnt und ihre Wand sehr verdickt. Die Nieren und Ureteren waren normal.

Die Ureteren sind ihrer Lage nach schweren mechanischen Beeinträchtigungen durch die eingekeilten Tumoren noch mehr ausgesetzt. Unter Abklemmung oder vollständiger Obliteration ihres Lumens kommt es zur Hydronephrose und Nierenabscessen. Die anhaltende uraemische Intoxikation führt dann zum letalen Ausgang, wie folgende in der Litteratur angeführte Fälle zeigen, die hier vollständig wiedergegeben sind, da sie auch zu den Verlagerungen des Uterus und der Blase noch Beispiele liefern.

Dr. Hannot[2]) beschrieb 1873 ein Myom, welches beide Ureteren komprimiert hatte, so dass der Umfang desselben den gewöhnlichen um das Vierfache übertraf und die Wandungen dreifache Verdickungen zeigten. Der linke Ureter communicierte nicht mit der Blase, in beiden Nieren fanden sich äusserst zahlreiche kleine Abscesse, die Blase war nach rechts abgelenkt. Die zuvor durch Blutungen geschwächte

[1]) Schmidt's Jahrb. B. 169 p. 267.
[2]) Soc. Anat. de Paris. 28. Febr. 1873.

Kranke war an uraemischen, mit niedriger Temperatur verbundenen Zufällen gestorben. Gleichwohl hatte sie einige Taga vor dem Tode spontan Urin entleert, welcher blass ausgesehen und kein Eiweiss enthalten hatte.

Murphy[1]) in London sah eine Frau mit einem das Becken ausfüllenden Tumor, welche ohne Katheter keinen Harn entleeren konnte. Nach einigen Tagen starb sie an uraemischen Symptomen, nachdem auch bei Einführung eines Gummi-Katheters in seiner ganzen Länge kein Harn abgeflossen war. Ein über die Breite des ganzen Bauches hinwegreichendes und bis zum Nabel emporsteigendes Fibroid befand sich an der hinteren Fläche des Uterus, der nebst dem Ovarium nach der rechten Seite gedrängt war. Die Harnblase war leer, aber die durch den Druck des Tumors komprimierten Ureteren waren enorm weit und geschlängelt, die Nieren vergrössert und im Zustand der Bright'schen Entartung.

Fourestier[2]) fand bei einer von ihm behandelten Frau, die an septischer Peritonitis zu Grunde gegangen war, die Harnblase grösser als den Magen, bis zum Nabel emporreichend. Das Fibroid sass mehr als faustgross an der hinteren Wand des stark retrovertierten Uterus und war auf beiden Seiten mit den Adnexen verwachsen. Der linke Ureter war fingerdick und stand mit Niere und Blase in freier Communication, der rechte, ebenfalls erweitert, communicierte nicht mit der Niere, die fast verschwunden war; an ihrer Stelle lag ein fluktuierender, mit Eiter gefüllter Tumor, 5 bis 6 mal so gross als eine Niere.

[1]) London. Journal of medicine. Octobre 1849.

[2]) Gaz. méd. de Paris Nr. 6 u. 7 1875.

Von gleich üblem Einfluss sind die eingekeilten Fibromyome für das Rectum. Infolge der engen Raumverhältnisse und der starren Wände des knöchernen Beckengürtels ist dasselbe einer steten Compressionsgefahr ausgesetzt. Erschwerte Defaekation und zeitweise Obstruction infolge teilweiser Abklemmung des Darmlumens sind daher bekannte Erscheinungen; auch Hämorrhoidalknoten und -Blutungen sind aus diesem Grunde häufig beobachtet worden und bei Myomen auch als vicariierende Blutungen angeführt. Bedenklichere und geradezu perniciöse Grade der Incarcerationserscheinungen werden aber hervorgerufen, wenn die Einkeilung des Fibromyoms eine vollständige geworden ist, wie es vorwiegend bei subserösen Myomen geschieht, oder wenn der Tumor durch adhäsive Entzündungen und Verwachsungen das Rectum vollständig abschliesst und die Funktion desselben lahm legt.

A. Röhrig[1]) berichtet von 3 Fällen, welche sehr beträchtlich entwickelte, den Douglas'schen Raum vollständig ausfüllende subperitoneale Tumoren betrafen. Bei einem gelang es ihm durch Reposition und dauernde Retention des Tumors und Uterus den Darm von dem permanenten Druck zu befreien und ernste Gefahren abzuwenden. Die beiden anderen eingekeilten Fibromyome waren aber durch peritonitische Exsudate festgehalten und führten unter vollständiger Lahmlegung der Function des Mastdarms zum Tode. Und zwar erfolgte dieser Ausgang das eine Mal unter dem Bilde einer perforierenden Blinddarmentzündung, das andere Mal unter den Symptomen des Ileus.

[1]) Zeitschritt f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. V. p. 315.

Von den anderen Organen in der unmittelbaren Nähe des Uterus, welche durch das Gewicht der incarcerierten Fibromyome dauerndem Druck ausgesetzt sein können, sind noch die das Becken passierenden Nerven und Gefässe zu nennen. Als Sensibilitätsstörungen werden allerlei schmerzhafte Sensationen, wie Rückenschmerz, Ameisenlaufen, Einschlafen der unteren Extremitäten, Ischias und Cruralneuralgien von den meisten Autoren angegeben. Röhrig hat auch das Vorkommen paretischer Zustände und vollständige Lähmungen bei den durch Uterustumoren bewirkten Nervencompressionen beobachtet. Er führt allein 9 Frauen an, welche durch die unglückliche Lagerung der Geschwulst fast vollständig gehunfähig geworden sind und berichtet bei 5 Frauen über vollständige Paralyse beider Beine verbunden mit heftigen ischiadischen oder Cruralschmerzen.

Durch Druck der Geschwulst auf die Schenkelvenen erklären sich die bei eingekeilten Fibroiden vorkommenden zahlreichen Varicen und das Ödem der unteren Extremitäten. So fand P. Müller,[1]) der eine Frau mit einem das kleine Becken fast vollständig ausfüllenden Fibromyom operierte, neben heftigen Blasen- und Hämorrhoidalbeschwerden, zahlreiche Varicen und starke Ödeme beider Extremitäten.

Im Anschluss an diese vielfachen Symptome eingekeilter Fibromyome sei es mir gestattet, einen interessanten und typischen Fall derselben zu beschreiben, welcher im Winter 1893 94 in der gynakologischen Klinik des Herrn Geheimrat Professor Dr. Pernice zu Greifswald zur Untersuchung und Operation gelangte.

---

[1]) Archiv f. Gynaekolog. Bd. VI. p. 129

Frau K. aus Altwarschau, 42 Jahre alt.

Anamnese: erhoben am 3. I. 94.

Patientin war bis vor 5 Jahren vollständig gesund. Die Menses traten im 15. Jahre ein und waren regelmässig; sie hat 5 normale partus durchgemacht, den letzten vor 7 Jahren. Vor 5 Jahren bemerkte sie eine Anschwellung des Leibes, die langsam zunahm. Schmerzen waren im Anfang nur unbedeutend vorhanden, erst mit dem weiteren Wachstum hat Patientin angefangen, über Kreuzschmerzen und heftiges Drängen beim Urinlassen zu klagen. Der Urin läuft gelegentlich auch spontan ab. Die Regel ist in den letzten 5 Jahren ziemlich stark gewesen; hat aber meist nur 3 Tage gedauert, abwechselnd mit und ohne Schmerzen.

Status praesens:

Die Kranke ist normal gross, von gracilem Knochenbau, schlaffer Muskulatur und normaler Färbung der Schleimhäute. Sie klagt über Appetitlosigkeit. Die Brüste sind schlaff, die Herzthätigkeit normal. In der Gegend des rechten Tuber ischi, sieht man ein leichtes Decubitusgeschwür. Ödeme der Beine und Bauchdecken sind nicht vorhanden, es finden sich keine Varicen. Der Bauchumfang beträgt

in der Höhe des Nabels 86 cm,
zwischen Nabel und Symphyse 95 cm,
zwischen Nabel und Spin. ant. super. l. 25 cm
zwischen Nabel und Spin. ant. sup. r. 19 cm
zwischen Processus xiph. und Symph. 40,5 cm

In der Bauchhöhle befindet sich ein Tumor über, rechts und links von demselben ist tympanitischer Perkussionsschall vorhanden. Der Tumor reicht nach oben 6 cm unterhalb des Proc. xiphoid., 11 cm über

den Nabel, nach links hin 17 cm, nach rechts hin 11 cm von der Linea alba. Er fühlt sich im Ganzen fest an, nur links unten ist scheinbar Fluktuation vorhanden. Vor dem Haupttumor befindet sich noch eine zweite, 2 Fäuste grosse, steinharte, nach den Seiten zu etwas verschiebliche Geschwulst unterhalb des Nabels. Dicht über der Symphyse fühlt man ebenso eine circa 3 Finger breite Geschwulst, die elastisch ist und sich von dem dahinterliegenden Tumor deutlich abheben lässt. Innerlich findet man eine derbe, das ganze Becken von hinten her ausfüllende Geschwulst, die absolut unbeweglich ist und den Uterus soweit nach vorn und oben über die Symphyse geschoben hat, dass man ausser Stande ist, die Vaginalportion durch den engen übrig gebliebenen Spalt zwischen Symphyse und Geschwulst zu erreichen. An der Harnröhre zeigt sich eine deutliche weiche Infiltration.

Klinische Diagnose: Myoma cervicis subserosum. Blasenscheidenfistel.

Operation in Chloroformnarkose am 10. I. 94. Die zur Laparotomie vorbereitete Patientin wird auf den Rücken gelagert mit stark erhobenem Becken. Nach Einleitung der Narkose wird das Operationsfeld anfangs mit Wasser und Seife, dann mit Alcohol, schliesslich mit Sublimat (1 : 1000) sorgfältig gebürstet und gewaschen, die Umgebung dann mit sterilisierten Tüchern bedeckt.

Durch einen in der Linea alba geführten Schnitt, welcher oberhalb des Nabels beginnt und 4 cm weit oberhalb der Symphyse endigt, werden die Bauchdecken gespalten. In der Öffnung wird der über Mannskopf grosse Tumor sichtbar, welcher hinter dem hypertrophischen Uterus liegt, mit dessen hinterer Wand er fest ver-

wachsen ist. Oben sitzt dem ersten grossen Tumor noch ein zweiter kleinerer auf, der mit ihm eine gemeinsame Kapsel hat. Beide Tumoren liegen völlig retroperitoneal. Auf den Uterus und den mit ihm verbundenen Tumor gehen beiderseits die breiten Mutterbänder über. Die Ovarien sind nicht vergrössert, sicht- und fühlbar. Vor dem Uterus liegt die stark ausgedehnte Blase, welche sich im unteren Wundwinkel vordrängt. Die Ligamenta lata werden beiderseits mit den Fritsch-'schen Adnexzangen gefasst und mehrmals von oben beginnend bis zur Arteria uterina umstochen. Um den Tumor ausschälen zu können, wird hinter dem Uterus auf der Höhe des Tumors ein Querschnitt gemacht, welcher die ziemlich dicke Kapsel desselben durchdringt. Nun lässt sich der Tumor ohne erhebliche Schwierigkeiten grössten Teils stumpf aus seinem Bett herausschälen und aus der Bauchhöhle entfernen. Das Geschwulstbett ist ausserordentlich gross. Die Vereinigung seiner Wände geschieht in der Weise, dass von der Tiefe aus beginnend 3 Reihen versenkter dicker Catgutnähte, welche teils fortlaufende teils Knopfnähte sind, gelegt werden. Nachdem hierdurch die Bildung einer Höhle vermieden ist, wird von der vorderen Wand der Kapsel ein 10 cm langes und 4 cm breites Stück reseciert und die Ränder dann durch Seidennähte vereinigt. Wegen der Dicke der Geschwulstkapsel ist es trotz der grossen Anzahl der gelegten Seidennähte nicht überall gelungen, Peritoneum mit Peritoneum zu vereinigen; es blutet daher aus diesen Stellen sowohl wie aus mehreren Stichkanälen fortwährend wie aus einem Schwamm. Nach Betupfung mit Liquor ferri sesquichlorati steht die Blutung. Die Ovarien werden nach doppelter Um-

stechung der Ligamente entfernt und Blutkoagula, welche sich im hinteren Douglas angesammelt haben, fortgenommen. Es blutet nirgends mehr. Eine fortlaufende Catgutnaht des Peritoneums und Seidenknopfnähte der Haut schliessen die Buchdecken. Wegen der ausserordentlichen Dünne der Bauchmuskulatur muss von einer Naht der Facie Abstand genommen werden. Dauer der Operation 2 Stunden; der Verlauf der Narkose war sehr gut. Trockner Jodoformwickelverband.

Weiterer Verlauf:

½ Stunde nach Beendigung der Operation ist der Puls sehr schwach; Patientin erhält daher 1 Spritze Campheräther, wonach der Puls besser wird. Abends ist der Puls gut, das Befinden der Patientin zufriedenstellend; 0,01 Morphium bewirkt keinen Schlaf.

11. I. Das Befinden ist leidlich, der Bauch etwas aufgetrieben, nicht schmerzhaft. Die Zunge ist feuchtrot; es besteht grosser Durst. Der Puls ist regelmässig, voll, die Frequenz 92 in der Minute. Wegen Incontinentia urinae wird ein Dauerkatheter appliziert. Aus der Scheide sondern sich geringe Mengen blutigen Schleimes ab.

12. I. Status idem. Patientin erhält etwas Bouillon und Portwein.

13. I. Morgens war der Puls zwar regelmässig, aber sehr klein, am Tage wieder besser. Gegen Abend wird der Puls sehr schwach und unregelmässig. Trotz Injektion von Campher-Aether tritt keine Besserung ein. Um 10 Uhr beginnt Patientin moribund zu werden.

14. I. Morgens 1½ Uhr erfolgt der exitus letalis.

Temperaturen:

Datum:	3. I.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
Morgens:	—	37,2	37,3	37,5	36,8	36,7	37,1	Oper.	37,2	37,0	37,1
Abends:	37,8,	37,5	38,5	37,9	36,9	37,0	37,2	38,1	37,3	37,1	37,1

Pathol.-Anatomische Untersuchung des exstirpierten Tumors: Das gewonnene Präparat stellt einen eiförmigen, höckerigen Tumor dar, dessen Durchmesser 25,5 . 17,0 und 14,0 betragen. (Er wiegt 7,5 Pfd.?). Die frisch angelegte Schnittfläche zeigt eine diffuse Imbibitionsrötung, sie ist überall glatt und glänzend und hat das Aussehen von gemasertem Holz. Die Konsistenz des Gewebes ist gleichmässig hart und derb. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt vielfach verschlungene und verflochtene Bindegewebsbündel mit zahlreichen, verstreuten Spindelzellen.

Path. Anatomische Diagnose: Fibromyoma uteri.

Sektionsbefund: Nach Eröffnung des Abdomens zeigt sich in der Nachbarschaft der Wunde das peritoneum parietale und viscerale leicht verklebt. Die nächstliegenden Darmschlingen haben eine matte opake Oberfläche, von der man keine Membranpartikelchen mit der Messerspitze abheben kann. In dem Abdomen befindet sich ungefähr 500 ccm braungrünlich gefärbter, aashaft stinkender Flüssigkeit. Der Fundus uteri, an dem man ein Hühnerei grosses subserös gelegenes Fibromyom rechts bemerkt, steht etwa 15 cm oberhalb des Symphyse. Hinter dem Fundus uteri verläuft eine die beiden Peritonealblätter vereinende, etwa 20 cm lange Naht. Die Wundränder dieses Spaltes sind lebhaft geschwollen und dunkelrot gefärbt. In ihrer Nachbarschaft finden sich dem Peritoneum aufgelagert, dicke graugelbe

Massen. Der ganze Genitalapparat wird in toto herausgenommen. In der Blase befindet sich kein flüssiger Inhalt. Die Schleimhaut derselben ist verdickt, eine trabekuläre Form der Innenfläche deutlich. Auf der ganzen Innenfläche lassen sich zahlreiche kleinere und grössere diffus dunkelrote Stellen erkennen. Beim Einschneiden auf dieselben zeigt sich, dass der Farbstoff in den Geweben sitzt. Alsdann befindet sich etwa 3 cm oberhalb des orificium internum urethrae ein hier in gleicher Entfernung vom orificium fast circulär verlaufender etwa 0,5 cm tiefer Defekt in der Schleimhaut, der durchweg 15 cm breit ist, geschwollene Wundränder und grauschmutzig belegten Grund und Ränder hat. Nach Wasserabspülung zeigt der Geschwürsgrund auffallend fetzige Beschaffenheit. Von dem Geschwür her gelangt man in der Richtung auf die Urethra zu in eine etwa 2 cm lange und ebenso breite Tasche, welche durch ein etwa erbsengrosses Loch mit der vagina kommuniziert. Von der Vagina aus kann man mit 2 Fingern sehr bequem in das cavum uteri gelangen. Nach Eröffnung desselben erscheint die Schleimhaut der Innenfläche grünlichschmutzig verfärbt. Man findet 4,5 cm von der Portio, etwa 1,5 cm von Fundus entfernt einen 4 cm breiten und 3 cm langen geschwürigen Defekt mit unregelmässigen fetzigen, grauschmutzigen Geschwürsrande und -grunde. Das Gewebe ist in der Umgebung des Geschwürs sehr weich, und man gelangt von hier mit einer Sonde ohne irgend welche Gewaltanwendung bis zwischen die vorher beschriebenen beiden Wundränder an der hinteren Seite des corpus uteri.

Die Milz und Leber liefern das typisch septische Bild. Die Farbe des Parenchyms ist eine diffus grau-

schmutzige, die Konsistenz ist matsch und weich. Abscesse sind nicht vorhanden.

Die linke Niere, deren zugehöriger Ureter etwa bis Bleistiftdicke verdickt ist, hat eine mässige Fettkapsel. Die Grösse beträgt 7 : 4 : 3 cm; ihre subseröse Kapsel ist nur schwierig und mit Substanzverlust zu entfernen. Die Oberfläche der Niere erscheint alsdann höchst unregelmässig, grob gekörnt und mit zahlreichen breiten Narben versehen. Die Konsistenz ist eine matschig-weiche. Auf dem Durchschnitt erscheint die Rindensubstanz höchst unregelmässig und schmal. Man unterscheidet an ihr kleine unregelmässige opake und diffus rote Stellen. Die Marksubstanz ist gleichfalls äusserst schmal. Zwischen dem Zuge der graden Harnkanälchen sieht man breite, gelbopake Interstitien. Das Nierenbecken erweist sich stark dilatiert; freier flüssiger Eiter lässt sich von der geröteten und stark geschwollenen Schleimhaut abstreifen, letztere zeigt ausserdem zahlreiche Haemorrhagien. Der Ureter der rechten Niere ist gleichfalls dilatiert; die Grösse desselben beträgt 14 : 6 : 4 cm. Die Konsistenz ist auch hier äusserst schlaff. Das Organ zeigt im übrigen dieselben Verhältnisse wie links.

Path.-anatom. Diagnose:

Fibromyoma operatum. Ulcera necrotica cavi uteri et vesicae. Peritonitis universalis ichorosa. Fistula vesico-vaginalis. Cystitis haemorrhagica. Pyelonephritis haemorrh. purulenta.

Der beschriebene Fall bietet die typischen Erscheinungen eines eingekeilten Fibromyoms. Ohne dass das Fibroid verjaucht oder an den dem Drucke

ausgesetzten Stellen gangränös geworden ist und dadnrch das Bild wesentlich getrübt hat, bewirkt es als intakte Geschwulst die mannigfachsten Verlagerungen der Beckenorgane und ruft die schwersten Drucksymptome hervor. So finden wir den Uterus weit nach oben verlagert und die Blase stark ausgedehnt oberhalb der Symphyse stehen. Die Ureteren sind verdickt und dilatiert und haben durch die erfolgte Harnstauung Hydronephrose verursacht. Von der katarrhalisch und circumscript gangränös affizierten Blase sind bei der Rückstauung des Urins nach dem Nierenbecken durch die dilatierten und mit Urin gefüllten Ureteren Bakterien in die Nieren gelangt und haben eine Pyelonephritis hervorgerufen. In der Blase ist infolge der Einkeilung zwischen Fibromyom und Symphyse ein dem Verlauf der letzteren entsprechendes Decubitalgeschwür entstanden, welches mit der vagina in Verbindung getreten ist und dadurch zu einer vesico-vaginal Fistel geführt hat. Ferner hat sich auf der hinteren Wand des Uterus unter dem Druck des Fibromyoms an der Stelle, welche dem Gegendruck der härteren und unnachgiebigeren Symphyse ausgesetzt war, ein gleiches gangränöses Geschwür gebildet. Dasselbe führte nach der Operation, indem die Coccen von hier aus die dünne Wand des Uterus durchdrangen, zwischen der zusammengenähten Kapsel ihren Weg nahmen und auf das Peritoneum gelangten, zur diffusen septischen Peritonitis und zum Exitus.

Aus diesem Falle wie aus der Schilderung der Symptome und des Verlaufes der eingekeilten Fibromyome überhaupt geht hinlänglich hervor, dass diese Neubildungen im klinischen Sinn kaum noch zu den gutartigen zu rechnen sind.

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Professor Dr. Pernice für die Überweisung des anregenden und überaus interessanten Themas sowie für die gütige Durchsicht der Arbeit meinen aufrichtigsten Dank aussprechen zu dürfen.

Litteratur.

Schröder: Frauenkrankheiten.
Gusserow: Die Neubildungen des Uterus.
Winkel: Lehrbuch der Frauenkrankheiten.
Virchow: Geschwülste Bd. III.
Fritsch: Lageveränderungen.
Klob: Patholog. Anatom. d. weibl. Sex.

Lebenslauf.

Am 17. Oktober 1869 wurde ich, August Otto Hugo Quaassdorf zu Düben als Sohn des verstorbenen Zimmermeisters August Quaassdorf und seiner Ehefrau Bertha geb. Tillger geboren. Meinen ersten Unterricht genoss ich in der Volksschule daselbst, von der ich Ostern 1879 auf die Mittelschule in Bitterfeld kam. Von Ostern 1881 besuchte ich das Gymmnasium zu Sangerhausen, welches ich Ostern 1890 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Um mich dem Studium der Medizin zu widmen, bezog ich zunächst die Universität Freiburg i. Br, ging Ostern 1891 nach München und bestand dort am 14. März 1892 das Tentamen physicum. Von Michaelis 1892 studierte ich 2 Semester in Berlin und ging im W.-S. 93/94 nach Greifswald, um hier meine Studien zu beschliessen. Am 6. März bestand ich das Tentamen medicum und am 10. März das Examen rigorosum.

Während meiner Studienzeit hörte ich Vorlesungen, Kurse und Kliniken bei folgenden Herrn Professoren und Docenten.

Freiburg i. Br.

Baumann. Keibel. Riese Weissmann. Wiedersheim.

München.

Baur. v. Bayer. Bollinger. Klaussner. Kopp. Kupffer. Posselt. v. Ranke. Rüdinger. Schlösser. Stumpf. v. Voit.

Berlin.

v. Bergmann. Gebhardt. Kallmorgen. Klemperer. Lassar. L. Lewin. Olshausen. Schlange. Winter.

Greifswald.

Grawitz. Helferich. Mosler. Pernice. Schirmer. Schulz.

Allen diesen meinen hochverehrten Lehrern spreche ich an dieser Stelle meinen ehrerbietigen Dank aus. Zu ganz besonderem Dank fühle ich mich verpflichtet Herrn Geheimrat Olshausen, an dessen Klinik ich als Hauspraktikant, Herrn Professor Posselt und Winter und Herrn Geheimrat Mosler, an deren Instituten ich als Coassistent thätig zu sein die Ehre hatte.

Thesen.

I.

Das Myom als solches macht nicht ebenso wie jede unzweifelhaft nachgewiesene Ovarialcyste die Operation nöthig, sondern nur die von ihm ausgehenden, das Leben erschwerenden und bedrohenden Symptome.

II.

Beim Ascites infolge von grossen inoperablen Unterleibsgeschwülsten ist die Incision der Punktion vorzuziehen.

III.

Vom hygienischen Standpunkte ist es erforderlich, dass die marktpolizeiliche Controlle der Milch sich nicht nur auf die etwaigen Fälschungen, sondern auch auf eine zu weit fortgeschrittene Zersetzung der Milch oder auf einen Gehalt derselben an Infektionserregern erstreckt.